

ПРОБЛЕМНЫЕ ЗОНЫ ПРАВОВОГО РЕЖИМА МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКИ

Тихомиров А.В.

Резюме: Разграничение волевых (законных и договорных) и профессиональных установлений, вменений и обязанностей, трудовых и профессиональных обязанностей, договорных (квазидоговорных) и внедоговорных обязательств, услуги и профессионального пособия (медицинской помощи), качества и безопасности, деликтной и уголовной ответственности позволяет привести правовой режим в единство и соответствие с характером практической медицинской деятельности и исключить влияние нерелевантных факторов на квалификацию медицинских правонарушений.

Resume: The differentiation of volitional (legal and contractual) and professional regulations, imputations and duties, labor and professional duties, contractual (quasi-contractual) and non-contractual obligations, services and professional benefits (medical care), quality and safety, tort and criminal liability allows to bring the legal regime into unity and compliance with the nature of practical medical activity and exclude the influence of irrelevant factors on the qualification of medical offenses.

Ключевые слова: регулирование медицинской деятельности, правовая квалификация, медицинские правонарушения

Key words: medical activity regulations, legal qualification, medical offenses

Об авторе: Тихомиров Алексей Владимирович, доктор медицинских наук, кандидат юридических наук (Москва)

Медицинская практика, практическая (или клиническая) медицина существует и развивается параллельно с обществом, возникнув задолго до возникновения государства и права.

Повсеместно в мире законотворчество и правоприменение развиваются не в противоречии с содержанием какой бы то ни было общественно полезной активности, включая практическую медицину.

Медицинская практика складывается в соответствии с правилами медицины, обусловленными достижениями и потерями в истории развития профессии.

И в этом смысле закон может только следовать профессиональным установлениям, но не определять и не формировать их.

Медицинская практика, практическая (или клиническая) медицина – это не то же, что медицинская деятельность в отраслевом

потребительском обороте, деятельность клиник и частнопрактикующих врачей.

Правовое обеспечение медицинской практики в России не сложилось.

Попытки распространения на медицинскую практику ответственности по аналогии (с ДТП и т.п.) лишь подтверждают несостоятельность правового регулирования.

Специальное законодательство в сфере охраны здоровья не опирается на аксиоматический базис деятельности по поводу здоровья, лишь мультиплицируя упрочение и без того крепкой властной вертикали организации здравоохранения.

Фактическая реальность и ее правовая модель в сфере охраны здоровья в целом и практической медицины в частности существенно расходятся.

А фактической реальности – в той мере, в какой она соответствует аксиоматике охраны здоровья – на самом деле не хватает адекватных регулятивов.

В отрасли сложилась ситуация, когда пробелы специального законодательства на фоне избытка ограничений и запретов действуют в ущерб и вопреки требующейся настройке, налаживанию, упорядочению, координации общественных отношений в регулируемой сфере.

Это при том, что регулятивов крайне мало, а регуляторов (Росздравнадзор, Роспотребнадзор, прокуратура, а равно органы управления здравоохранением, фонды ОМС и медицинские страховщики, а еще Следственный комитет, суд и т.д. – каждый в соответствии со своими законными функциями) излишне много.

Нехватка регулятивов состоит не столько в количестве, сколько в качестве правил, выверяющих состояние фактической реальности по координатам аксиоматики охраны здоровья.

Ясности в необходимости и корректности регулирования не вносят и доктринальные работы.

Научные публикации в этой широкой сфере скромны числом и глубиной проработки.

Фактически проблематика сводится к двум основным направлениям.

Первое – это непродуктивная дискуссия о существовании отрасли «медицинского права» (2, 3, 4, 5, 6).

Второе – это мозаичная теоретическая интерпретация понятий практической медицины из разряда «медицинская ошибка» (1, 7, 8).

Тенденции к панорамному осмыслению проблематики медицинской юриспруденции в целом пока не намечается.

Отнюдь не все сущее в этой сфере требует правового регулирования – не вся фактическая реальность должна находиться в правовом поле.

И отнюдь не только правовыми средствами может и должно осуществляться регулирование фактической реальности в сфере охраны здоровья – есть здесь широкое пространство, упорядочение которого может достигаться иными средствами, и часто – только иными средствами.

Но то, что нуждается в правовом регулировании, как и то, что требует иных регулятивов, должно быть приведено к состоянию регулируемой среды, фактической действительности – с ее вариациями и особенностями статики и динамики.

Во-первых, должны быть ясно различимы пространства (и потому – границы) частного и публичного права, законотворчества и правоприменения, судебного и административного правоприменения, действия правил юридических и правил морали, профессии, общности, обычаев, местных устоев и пр. в сфере охраны здоровья.

И пространства правовой неопределенности (неоднозначности) в части отнесения субъектов, объектов и их вовлеченности в те или иные отношения, виды деятельности, процессы и т.д. в регулируемой сфере подлежат устранению.

Так, если учреждения здравоохранения осуществляют экономическую деятельность в отраслевом обороте, то им не место в вертикали исполнительной власти ни в каком качестве подчиненной структуры, а их руководителям – в номенклатуре должностей органов государственного управления.

В той мере, в какой органы управления здравоохранением относятся к ветви исполнительной власти, они не должны быть причастны к законодательным инициативам.

Не должны в административном порядке (мерами исполнительной власти) устанавливаться правила для профессиональной деятельности, тем более по поводу здоровья, требующие приведения к индивидуальности личности, а не к соответствию обобщенным нормативным требованиям.

Во-вторых, нуждаются в различении пространства (и потому – границы) объективной необходимости различающейся медицинской помощи.

В одном случае это нужда в медицинской помощи, возникающая в urgentных обстоятельствах при острых, угрожающих и опасных (при авариях, в чрезвычайных ситуациях и т.п.) состояниях.

Неоказание или несвоевременное оказание медицинской помощи в подобных ситуациях влечет смерть или существенные утраты здоровья.

В другом случае – это текущие потребности здоровья, требующие оказания штатной, плановой медицинской помощи в условиях обращения за амбулаторной помощью в поликлиники или при госпитализации в стационар.

В третьем случае – это запросы, желания улучшить внешность, произвести биохакинг/биотюнинг.

Это вся медицина красоты, эстетическая стоматология, косметология и смежные парамедицинские процедуры (татуаж, пирсинг и т.д.).

Всем этим случаям присущ разный характер медицинского пособия, а потому – неодинаковые, разнородные режимы его регулирования и правовой оценки.

В-третьих, должны быть различимы зоны (и потому – границы) сопредельных регулятивов, требующие взаимной гармонизации.

Их немало, и пренебрежение к любым из них сказывается перекосом, диспропорцией в регулировании и оценке.

Сопредельными являются:

1. граница волевых (законных и договорных) и профессиональных установлений в медицинской практике.

В сфере охраны здоровья граждан публичное установление, выражающее в законе волю государства в отношении общества, имеет характер не только директивы (предписания, императива), и не только в качестве запретов и ограничений, но и значение модели вариативного (диспозитивного) поведения в условиях свободы выбора индивида.

Это выбор каждый осуществляет своей волей и в своем интересе.

Воля государства и воля индивида простирается до того предела, за которым действуют законы природы.

Не может властное установление или усмотрение человека произвольно изменить физические взаимодействия, химические реакции или биологические процессы.

Такие взаимодействия, реакции и процессы могут быть лишь использованы сведущими людьми в той мере, в какой это позволяют законы природы.

На использовании законов природы применительно к человеческому организму и строится медицинская теория и практика, т.е. профессия, на всем протяжении существования медицины в истории человечества.

Ни природе, ни медицине нельзя отдать приказ, выдать предписание, установить что бы то ни было вопреки.

Можно лишь следовать тому, что допустимо объективно, а не в силу законодательного установления, административного решения или субъективного усмотрения.

Следовательно, требуется обособить пространство, неподконтрольное властным установлениям, и сделать его недоступным для любых возможных инициатив.

2. граница вменений и обязанностей в медицинской практике.

Если ни природе, ни медицине нельзя приказать, то врачам – можно.

Можно в той мере, в какой они состоят в той или иной зависимости.

По советской модели организации отрасли:

- во-первых, медицина – в значении первичного звена – подчинена и подотчетна здравоохранению, т.е. рассматривается в качестве составной части публичного механизма управления;

- во-вторых, медицинскую помощь гражданам оказывают принадлежащие государству, администрируемые и финансируемые им учреждения здравоохранения в ведении профильного федерального министерства и региональных органов управления здравоохранением;

- в-третьих, медицинская помощь гражданам оценивается мерой администрирования деятельности врачей-бюджетников, а не мерой отдачи для пользы здоровья всех и каждого из пациентов.

Врачи являются работниками учреждений здравоохранения, а потому их функциональные обязанности определяются приказами работодателя по подчиненности органам управления здравоохранением, в то время как плоды их деятельности предназначены для бенефициаров (пациентов).

Администрирование распространяется и на профессиональные действия, и вместо ориентиров на эффективность для здоровья пациента они подчинены требованиям соблюдения административных Порядков, стандартов и/или имеющих силу предписаний Клинических рекомендаций и пр.

Помимо этого от врачей в рамках трудовых функций на постоянной основе под несвойственную им ответственность должностного лица

требуют выписки льготных рецептов, оформления листов временной нетрудоспособности и санаторно-курортных карт и т.д., т.е. выполнения организационно-распорядительной и/или административно-хозяйственной деятельности.

Кроме формальных требований на медработников возлагаются и неформальные обязанности – от заполнения всевозможных отчетно-учетных бланков до участия в деятельности избирательных комиссий.

Профессиональная деятельность является не единственной и даже не основной среди функций, вменяемых медработникам в качестве бюджетников.

Задача состоит в том, чтобы освободить врачей от административных вменений.

Необходимо сместить акценты ориентации охраны здоровья с интересов подчинения (властных, должностных) на интересы взаимодействия, интересы личности – здоровья пациента.

3. граница трудовых и профессиональных обязанностей в медицинской практике.

Трудовыми являются обязанности работника перед работодателем.

За исполнение трудовых обязанностей работник получает заработную плату.

Это обязательства работника перед работодателем выполнить определенную работу взамен определенной ее оплаты: труд является товаром, подлежащим эквивалентной оплате.

Трудовые обязанности оцениваются мерой такого исполнения потребностей производственного цикла клиники, которое было установлено при трудоустройстве.

Профессиональные же обязанности врача складываются в неформальных, неформализованных и неформализуемых отношениях с нуждающимся в медицинской помощи как в профессиональном пособии.

Это отношения по поводу здоровья пациента - в связи с целенаправленным профессиональным воздействием на тело (организм) с тем или иным риском для здоровья.

Если трудовые обязанности врача формируются перед работодателем по поводу труда, то профессиональные обязанности возникают перед пациентом по поводу его здоровья.

Свод правил профессии формируется историей практической медицины, хранителями которой являются сами носители медицинской профессии – врачи.

Профессиональные обязанности соответствуют возможностям врача удовлетворить ситуационные нужды и потребности здоровья пациента.

Трудовые обязанности регулируются правовыми средствами в соответствии с законом и влекут последствия, предусмотренные законодательством о труде.

Профессиональные обязанности регулируются правилами медицины, и лишь в случаях квалифицируемых в соответствии с законом последствий влекут наступление ответственности: регулятивы – профессиональные, санкции – правовые.

Ответственность – не частноправовая, гражданская, а публично-правовая, уголовная.

И вытекающая из профессиональных обязанностей ответственность наступает не за отступление от правил профессии, а за деяния (действия или бездействие), содержащие признаки состава преступления.

В наиболее общем виде юридическая оценка вредообразующих деяний врача сводится к определению соответствия признакам состава правонарушения.

Профессиональная же оценка действий или бездействия врача состоит в установлении их соответствия правилам медицины применительно к нуждам и потребностям здоровья пациента.

Профессиональная оценка действий (бездействия) врача не заменяет, не изменяет и не предопределяет их правовую оценку.

Равным образом, трудовой функционал врача не заменяет, не изменяет и не предопределяет ни его профессиональные обязанности, ни их правовую оценку, и наоборот.

Отсюда, во-первых, необходимо различать трудовые и профессиональные обязанности с пониманием того, что за неисполнение или ненадлежащее исполнение трудовых обязанностей наступает ответственность, предусмотренная нормами трудового законодательства, а за пренебрежение профессиональными обязанностями в случае соответствия признакам состава преступления – уголовная ответственность.

Во-вторых, меру трудовой ответственности нельзя применять к оценке профессиональных обязанностей, и наоборот, как нельзя трудовые обязанности принимать за профессиональные в целях правовой квалификации деяний.

4. граница договорных (квазидоговорных) и внедоговорных обязательств в медицинской практике.

Договорные обязательства определяются условиями договора.

По договору исполнитель медицинских услуг принимает на себя обязательства осуществления действий, которые подлежат соразмерной (эквивалентной) оплате.

Договор о возмездном оказании медицинских услуг предполагает обмен встречными предоставлениями.

Услуги оплачиваются всегда – самим получателем или третьим лицом (государством, благотворителем, страховщиком и т.д.) в его пользу.

Услуги являются имеющим цену (включающую себестоимость и добавленную стоимость) товаром, объектом гражданского (экономического) оборота и объектом налогообложения.

Медицинская помощь в составе медицинской услуги имеет себестоимость, но самостоятельно не создает добавленной себестоимости, поскольку не является товаром, как и объектом налогообложения.

Медицинская помощь может быть оказана не только в форме медицинской услуги (на договорных условиях), но и в порядке действий в чужом интересе без поручения (в квазидоговорном порядке).

И – по усмотрению того, кому она оказана – медицинская помощь может быть одобрена (и тогда признана в качестве предполагающей вознаграждение услуги) либо не одобрена.

В силу и договорных, и квазидоговорных обязательств действия одной стороны приносят (или не приносят) пользу другой.

Напротив, теми или иными действиями – при оказании медицинской помощи (в форме услуги или в порядке действий в чужом интересе без поручения), как и помимо оказания медицинской помощи – может быть причинен вред здоровью.

В этом случае возникают внедоговорные, деликтные обязательства (вследствие причинения вреда).

Такие обязательства возникают по факту причинения вреда, вне зависимости от воли, намерений и мнения кого бы то ни было.

Причинитель, по общему правилу, обязан возместить (компенсировать) вред, причиненный пострадавшему – соразмерно (эквивалентно) величине такого вреда.

Договорные и деликтные обязательства различны и по своей природе, и по основаниям возникновения, и по основаниям возмещения (компенсации).

Договорными являются обязательства экономического характера – те, которые, во-первых, безусловно доступны исполнению и, во-вторых, требуют соответствующего вознаграждения.

Но нельзя договориться о содержании медицинской помощи – она определяется правилами медицины.

Нельзя договориться и о вреде как о предмете деликтных обязательств, о его масштабах и содержании, о факте, условиях, обстоятельствах его причинения: внедоговорными являются обязательства, которые не являются предметом договора, согласования намерений, желаний.

Медицинская помощь договорными обязательствами не охватывается, поскольку оказывается по правилам медицины, а не договора, и зависит не исключительно от исполнителя и его действий, а от условий многофакторного благоприятствования со стороны организма пациента и агрессивности патологии – от обстоятельств за рамками каких бы то ни было соглашений.

Но и внедоговорные (деликтные) обязательства возникают отнюдь не в любом случае утрат здоровья пациента при оказании ему медицинской помощи – именно по тем же самым причинам зависимости от условий многофакторного благоприятствования со стороны организма пациента и агрессивности патологии.

Единственно благоприятного исхода медицинской помощи ждать не приходится ни в каком случае, поскольку и патология может быть не прогнозируемо агрессивной, атипичной или иначе не поддающейся терапии, и реактивность организма – аномальной.

В случае и непрогнозируемого развития патологии, и аномальной реактивности организма пациента причина неблагоприятного исхода медицинской помощи – не в медицине и не в действиях врача.

И потому – в отсутствие причинителя, посягательства и причинения им вреда – не могут возникать деликтные обязательства: пациент не является пострадавшим, хотя бы и понесшим урон в здоровье.

По сути вопрос в том, как пролегает граница между надлежащей и ненадлежащей медицинской помощью.

С точки зрения эффективности медицинской помощи — это важно с позиций медицины.

С точки зрения вреда здоровью – это важно с позиций права.

Важно, что неэффективность медицинской помощи не является вредом здоровью – при условии, что медицинская помощь оказывается без пренебрежения правилами медицины.

Отсюда, во-первых, договорные и внедоговорные (деликтные) обязательства в связи с оказанием медицинской услуги не равнозначны для оценки правильности/неправильности (эффективности/неэффективности) оказания медицинской помощи.

В обоих случаях – разная шкала и мера оценки.

Во-вторых, неправильность оказания медицинской помощи не означает причинения этим вреда здоровью.

Неправильность оказания медицинской помощи оценивается мерой соблюдения медицинских технологий, но отклонения от них не всегда и не во всех случаях оцениваются мерой противоправных действий, посягательств – это вопрос состава правонарушения, если оно есть.

Допуски профессии не являются и не могут являться жесткими, будучи объективно детерминированы интересами здоровья пациента.

И профессиональные искания *lege artis* по ситуации диктуются также интересами здоровья пациента.

В-третьих, неэффективность медицинской помощи, зависящая от уровня развития медицины и/или доступности лечебно-диагностических ресурсов (специалистов, техники, медикаментов и пр.), не означает неэффективности (профессиональной несостоятельности) врача.

Вопрос о профессиональной непригодности врача (как и о его персональной, уголовной ответственности) может возникать лишь в том случае, если вопреки правилам профессии (1) он действует в ущерб интересам здоровья пациента (2), а не по основаниям несоблюдения административных регламентов.

5. граница услуги и профессионального пособия (медицинской помощи) в медицинской практике.

Соотношение понятий медицинской помощи и медицинской услуги порождает множество вопросов.

Медицинские услуги составляют единый процесс оказания медицинской помощи.

Следовательно, медицинская помощь неизбежно является составной частью каждой медицинской услуги.

Медицинский характер услуги предопределяет медицинская помощь в ее составе – в противном случае услуга не является медицинской.

Медицинская помощь – это профессиональное пособие по правилам медицины.

Медицинская услуга – это товар, реализуемый за плату в договорных отношениях.

Если медицинскую помощь оказывают врачи-клиницисты, то медицинскую услугу – клиники в качестве хозяйствующих субъектов.

Процесс оказания медицинской помощи охватывает ряд последовательных и параллельных медицинских услуг в целях достижения клинического результата.

Оказание медицинских услуг составляет ряд бизнес-процессов – от приобретения всего необходимого для производства этого специфического товара до получения доходов от реализации продукции и распределения расходов (в том числе в счет будущих периодов) в целях достижения экономического результата.

Медицинская помощь в содержании и в объеме детерминирована показаниями и противопоказаниями при патологии того или иного характера, масштаба и динамики.

Медицинская услуга конституируется договором и в содержании и объеме корреспондирует размеру ее оплаты: она может содержать максимум и минимум составляющих ее действий и предполагать соответственно разный размер оплаты (например, большая или меньшая точность, чувствительность, специфичность используемой для диагностики техники отражается на цене услуги).

Предметом договоренности, согласования может быть не содержание и ход медицинской помощи, а допускаемые технологиями опции – выбор или привлечение врача конкретной специальности или конкретной персоналии (с его согласия), использование конкретной, более совершенной техники (аппаратуры, оборудования, инструментария и т.д.), что в целом относится уже не к медицинской помощи, а к услуге.

И причинение вреда (т.е. внедоговорные, деликтные обязательства) при оказании медицинской услуги (в качестве товара) и медицинской помощи (в качестве профессионального пособия) имеет разное происхождение: при потребительском обслуживании со всеми его рисками или при целенаправленном медицинском воздействии на здоровье при сопутствующих именно этому рисках, соответственно.

В каждом случае нужно выяснять, что в причиненном вреде здоровью пациента от услуги, а что – от медицинской помощи.

Потому что для целей определения ответственности вред ятрогенного происхождения оценивается не мерой потребительского деликта, и наоборот.

6. граница качества и безопасности в медицинской практике.

Качество и безопасность – не двуликий Янус и не монада Инь-Ян.

Это разные вещи. Но не противоположные.

Качество – это то, что на условной шкале откладывается от нуля в плюс как польза, т.е. благо, приобретение, положительный результат, благоприятные последствия соответствующих действий.

Безопасность – это создание или пренебрежение наличием угроз причинения вреда.

Вредообразующие действия на той же шкале можно рассматривать в диапазоне тех или иных отрицательных величин.

«Не полученное» – это не «утраченное».

Получение – плюс, утраты – минус, не полученное – ноль.

Польза и вред – не антиподы.

Противоположность и пользы, и вреда – это отсутствие того или другого.

Иными словами, недостижение пользы – не есть вред, как и отсутствие вреда – не есть польза.

Проблема в том, что в медицинской практике польза и вред не очевидны, не однозначны и не бесспорны.

Благотворное действие лечения может сопровождаться ухудшением самочувствия, а в случаях агрессивности патологии или аномальной реактивности организма – и ухудшением состояния.

Эффективность лечения не тождественна уровню качества медицинской услуги: это оценка медицинской помощи, а не медицинской услуги.

Если медицинская услуга как имущественное благо, товар, объект права обладает качеством, то свойства медицинской помощи законом никак не определены, без чего, в том числе, качеством она обладать не может.

При этом при оказании и медицинской услуги, и медицинской помощи может причиняться вред (в первом случае – потребительского, во втором – медицинского свойства), что влечет различающуюся правовую ответственность.

7. граница деликтной и уголовной ответственности в медицинской практике.

Строго говоря, преступление является историческим порождением деликта (квазиделикта).

Отличие в том, что, по общему правилу, взыскание за гражданское правонарушение обращается на имущество, за уголовное – на личность причинителя.

И в этом смысле различия между деликтом и преступлением состоят, главным образом, лишь в значении и значительности ущерба, причиненного противоправным деянием.

Деликт характеризуется единым составом: противоправное поведение (посягательство), вред, причинно-следственная связь между тем и другим, а также вина (признак факультативный, различающий генеральный и усеченный деликт).

Несмотря на структурную общность с деликтом и между собой, преступления в отечественной традиции различаются методологией правовой квалификации, в соответствии с которой диверсифицированы в законодательстве их составы.

Состав преступления (основание уголовной ответственности) образуют объект, объективная сторона, субъект и субъективная сторона.

Различия составов деликта и преступления не сущностные, а методологические – они объединяют принципиальные критерии, по которым можно оценить любые правонарушения по единой шкале.

Проблема в том, что к практической медицине применима принципиально иная модель правовой квалификации.

Медицинская практика характеризуется совершенно особым объектом, и потому предметом деятельности.

Если для любой другой деятельности здоровье человека является объектом избегания какого бы то ни было воздействия и связанных с этим правовых последствий, то медицинской является деятельность именно в отношении здоровья как объекта воздействия.

И потому шкала правовой оценки случайного повреждения здоровья (при ДТП, при отравлении в общепите, при гибели людей на отдыхе и т.д.) и целенаправленного воздействия на здоровье (включая возможность наступления неблагоприятного исхода) – совершенно разная.

В рамках медицинской практики целенаправленное воздействие на здоровье, включая возможность наступления неблагоприятного исхода, обладает очевидным единством профессиональной оценки по правилам медицины, как бы внешние правила его не оценивали.

А потому необходима и правовая оценка, пусть не тождественная медицинской, но, прежде всего, не противоречащая ей, единая и приемлемая именно для деятельности по поводу здоровья.

Это предполагает определение единого состава правонарушения с гражданскими и уголовными различиями в последствиях.

Иными словами, посягательство – при осуществлении профессиональной медицинской деятельности – должно быть определено законом одинаково для деликта и преступления, а разделяющим то и другое квалифицирующим признаком является тяжесть вреда здоровью.

Перечисленными линиями раздела режимов регулирования медицинской практики ее проблематика, конечно, не ограничивается.

Проблемных зон правового режима медицинской практики значительно больше при том, что и в рамках регулирования нормами права, и в рамках регулирования правилами медицинской профессии остается множество искажений и пространств неопределенности и пробельности.

Между тем, разграничение волевых (законных и договорных) и профессиональных установлений, вменений и обязанностей, трудовых и профессиональных обязанностей, договорных (квазидоговорных) и внедоговорных обязательств, услуги и профессионального пособия (медицинской помощи), качества и безопасности, деликтной и уголовной ответственности позволяет привести правовой режим в единство и соответствие с характером практической медицинской деятельности и исключить влияние нерелевантных факторов на квалификацию медицинских правонарушений.

БИБЛИОГРАФИЯ.

1. Алтухов С.А., Морозова П.А. Ятрогенные преступления - "врачебная ошибка", "дефект медицинской помощи" или злонамеренные действия медицинских работников. В сборнике: Ятрогенные преступления: приглашение к дискуссии. Сборник научных трудов Межрегиональной научно-практической конференции. под. ред. Магомедова Б.М.; Путилиной Е.С., 2019. С. 19-25.

2. Воднева Н.Г., Шумская В.А., Лапин Д.Ю., Казаков Н.В. Медицинское уголовное право как самостоятельная отрасль права. Научный альманах Центрального Черноземья №3-10 2022

3. Елина Н.К. К вопросу о месте медицинского права в системе российского права. Юридический аналитический журнал. 2006. № 1 (15). С. 102-107.

4. Левин Д.А. Медицинское право, как отрасль права. Кластеры. Исследования и разработки. 2017. Т. 3. № 2 (7). С. 47-52.

5. Прохорко Т.Н. Перспективы развития медицинского права в системе российского права. Современное право. 2023. № 8. С. 16-22.

6. Рубанова Н.А. Медицинское право как новая отрасль права. Наука и образование: хозяйство и экономика; предпринимательство; право и управление. 2010. № 4 (4). С. 86-88.

7. Скребнева Н.А. К вопросу о понятии "врачебная ошибка" в медицинских отношениях. Право и общество. 2016. № 1 (17). С. 100-103.

8. Сычев В.Г., Козлов Н.В., Глазунова Ю.Н. Медицинская ошибка в деятельности медицинского корпуса и ее социально-правовое значение. Медицинская наука и образование Урала. 2013. Т. 14. № 3 (75). С. 171-174.